

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL HEALTH



AVISO DE ACCION

(RECHAZO DE PAGO DESPUES DE SERVICIO: NOA-C)

Fecha: _____

A: _____, Numero Medi-Cal _____.

El plan mental de la salud para el condado del San Bernardino ha negado cambiado la demanda de pago por el proveedor por el siguiente servicio: _____

La petición la hizo (nombre del proveedor): _____

La petición original de su proveedor tiene fecha de: _____ y su proveedor dice que recibió el servicio en la siguiente fecha o fechas: _____.

ÉSTA no Es Una factura. No TENDRA que PAGAR POR EL SERVICIO o SERVICIOS DESCRITOS En ESTA FORMA.

El plan de la salud mental tomó esta acción basado en información de su proveedor por la razón verificada más abajo:

Su condición de salud mental como la describió a nosotros su proveedor no encontró los criterios de la necesidad médica para servicios de hospital psiquiátrico de pacientes internos o servicios profesionales relacionados (Título 9, California Código de Regulaciones (CCR), Sección 1820.205).

Su condición de salud mental como la describió a nosotros su proveedor no encontró los criterios de la necesidad médica para servicios de especialidad de salud mentales aparte que servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internos por la siguiente razón (Título 9, CCR, Sección 1830.205):

El servicio proveído no se cubre por el plan de la salud mental (Título 9, CCR, Sección 1810.345).

El plan de la salud mental pidió información adicional de su proveedor que el plan necesita para aprobar pago del servicio que recibió. A la fecha, no se ha recibido la información.

Otro: _____

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede: Archivar una apelación con su plan de la salud mental. Para hacer esto, llame y hable a un representante de su plan de la salud mental a (909) 421-9253, o escriba a: San Bernardino County MHP, Inpatient Authorization Unit, PO Box 2610, San Bernardino, CA 92406-2610. Otra opción es seguir las instrucciones dentro del folleto de información del plan de salud mental que le han dado. Debe archivar una apelación dentro de 90 días de la fecha de este aviso.

Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia estatal. El otro lado de este aviso explica cómo pedir una audiencia. La audiencia estatal decidirá si el plan debe pagar a su proveedor por el servicio que ya recibió. Cualquier decisión de la apelación o audiencia estatal, no tendrá que pagar por el servicio.

SUS DERECHOS de la AUDIENCIA

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan uno de los dos: 1. El día después de que personalmente le dimos el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental, o 2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

Audiencias Estatales Expeditivas (Apresuradas)

Normalmente toma aproximadamente 90 días de la fecha de su petición hacer una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recobrar funciones importantes de la vida, puede pedir una audiencia estatal apresurada. **Para pedir audiencia apresurada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia apresurada.** Si su petición de audiencia apresurada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por State Hearings Division.

Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio en servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de Medi-Cal de salud mental se quedarán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su demanda por una audiencia, o el período de tiempo o límites de servicio por sus presentes servicios expire, cualquier de estos pase primero.

Reglamentos Estatales Disponibles

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del welfare del condado.

Para Obtener Ayuda

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de ayuda legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o ayuda legal gratis a Public Inquiry and Response Unit:

Llame gratis a: 1-800-952-5253.
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

Representante Autorizado

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o alguno otro que elija. Debe hacer arreglos para este representante usted.

Information Practices Act Notice' (California Civil Code Section 1798, et. seq.)

La información que se pide escribir en esta forma se necesita para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no es completa. Se establecerá un archivo de causa por State Hearings Division of the Department of Social Services. Tiene el derecho de examinar los materiales que componen el registro para decisión y puede localizar este registro con ponerse en contacto con el Public Inquiry and Response Unit (número de teléfono arriba). Cualquier información que provee se comparte con el plan de la salud mental, the State Departments of Health Services and Mental Health y con U.S. Department of Health and Human Services (Authority: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)

COMO PEDIR Una AUDIENCIA ESTATAL

La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:

State Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera pedir que una audiencia es llamar 1-800-952-5253. Si es sordo y usa TDD, llama 1-800-952-8349.

PETICION PARA AUDIENCIA

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

Cheque aquí si quiere que la audiencia estatal sea expeditiva (apresurada) e incluya la razón abajo.

Aquí este porqué:

Cheque aquí y agrega una pagina si tiene necesidad de más espacio.

Mi nombre: (imprima)

Mi Numero seguro social:

Mi Dirección: (imprima):

Mi número telefónico:

(____)_____

Mi firma:

Fecha: _____

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es

Quiero que la persona quien nombro abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venir a la audiencia por mí.

Nombre _____

Dirección _____

Número del teléfono: (____)_____